

PROFESIONALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN A TRAVÉS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL MUNICIPIO DE ELDA. UN ESTUDIO DE CASO

LONG-TERM CARE SPECIALIZATION THROUGH HOME HELP SERVICE IN THE MUNICIPALITY OF ELDA. A CASE STUDY

José Ángel Martínez López (1) y Consuelo Lacárcel López (2)

(1) Universidad de Murcia

(2) Instituto Municipal de Servicios Sociales de Elda

Resumen: Desde la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia se ha observado la escasa demanda del Servicio de Ayuda a Domicilio por parte de las personas en situación de dependencia por su escasa oferta, imposibilidad de los beneficiarios para hacer frente al copago establecido y la limitación del tiempo de asistencia del mismo, no siendo considerado un servicio de atención integral. La presente investigación se desarrolla dentro de la modalidad de estudio de caso y desde una metodología cuantitativa, analiza si la provisión de cuidados de larga duración a través de la prestación vinculada al servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Elda promueve la autonomía personal de las personas beneficiarias y cubre sus necesidades relacionadas con las actividades de la vida diaria.

Palabras Claves: Servicio de Ayuda a Domicilio, Dependencia, Cuidado, Actividades Básicas, Elda.

Abstract: Since the implementation of the Law for the Promotion of Personal Autonomy and Care for people in situation of dependency, there has been a low demand for home help service by people in situations of dependency due to their limited supply, the impossibility of beneficiaries to meet the established co-payment and the limitation of its assistance time, not being considered a comprehensive care service. This research is developed within the modality of case study and from a quantitative methodology, analyzes whether the provision of long-term care through the provision linked to the home help service in the municipality of Elda promotes the personal autonomy of the beneficiaries and covers their needs related with the activities of daily life.

Keywords: Home Help Service, Dependence, Care, Basic Activities, Elda.

| Recibido: 22/05/2017 | Revisado: 30/07/2017 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

Correspondencia: José Ángel Martínez López, Profesor Asociado de la Universidad de Murcia, Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Facultad de Trabajo Social, Despacho, 1.21. Campus de Espinardo, CP 30100. Email: jaml@um.es. Consuelo Lacárcel López, Trabajadora Social del Instituto Municipal de Servicios Sociales de Elda. Email: clacarcel@elda.es.

Referencia normalizada: Martínez-López, J. A, y Lacárcel, C. (2018). Profesionalización de los cuidados de larga duración a través del servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Elda. Un estudio de caso. *Trabajo Social Hoy*, 85, 27-48. doi: org/10.12960/TSH.2018.0015

1. INTRODUCCIÓN

El municipio de Elda crea el Servicio Municipal de Atención a la Dependencia para dar cobertura, a través de un sistema formal de cuidados, a las demandas de las personas dependientes y de su entorno familiar, coincidiendo con la implantación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante, LAPAD) en España.

Desde la entrada en vigor de la Ley en el año 2007 se ha observado cómo existe una sobredimensión de la concesión de prestaciones económicas mientras que el Servicio de Ayuda a Domicilio (en adelante, SAD) se está infrutilizando y no priorizando junto al resto de servicios, tal y como recoge la Ley. Según el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) a lo largo del periodo 2008-2017 el SAD, tal y como está contemplado en la Ley, se concede exclusivamente en la Comunidad Valenciana a través de prestaciones monetarias, siendo empresas privadas las encargadas de la provisión del servicio. La razón fundamental de esta modalidad de gestión es la ausencia de implantación del servicio a nivel municipal donde se garantice la proximidad a la ciudadanía y se facilite el trabajo social de seguimiento. A través de esta investigación se pretende analizar y evaluar la gestión de la prestación del SAD contemplada en la LAPAD en el municipio de Elda como modelo de provisión de los Cuidados de Larga Duración (en adelante, CLD) profesionalizados.

En primer lugar se desarrolla una revisión bibliográfica de los diferentes enfoques teóricos sobre el concepto y evolución de los CLD. En segundo lugar se analiza la gestión realizada en el SAD desde las distintas administraciones públicas, tanto en España, en la Comunidad Valenciana y Elda. Finalmente se realiza una explotación de datos del SAD en el municipio de Elda respecto a los cuidados en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante, ABVD) y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en adelante, AIVD).

2. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA

El aumento de la esperanza de vida en la población española ha conformado una nueva realidad que ha supuesto un incremento progresivo de población en situación de dependencia con necesidades de atenciones de CLD. A su vez, el surgimiento de nuevas estructuras familiares, la mayor presencia de las mujeres en el mercado laboral y la llegada de flujos migratorios de cuidados han condicionado la transformación de las redes sociales de apoyo tradicionales. Todos estos factores han propiciado un desafío para las políticas sociales del Estado de Bienestar respecto al abordaje de los CLD.

Los debates teóricos actuales en torno a los CLD tienen su origen en los años sesenta. Desde posiciones marxistas se abordaba el cuidado desde un plano de desigualdad,

no siendo este el núcleo central sino que estaba incorporado dentro de las consecuencias del sistema capitalista en el cual las mujeres sufrían una doble opresión, social y familiar (Torns, 2005; Esping-Andersen, 2008).

Las corrientes teóricas incorporaron los usos del tiempo entre hombres y mujeres intra y extra familiar, así como el papel que juega en estado de bienestar en la regulación del cuidado. Comenzó a incorporarse la idea del trabajo invisible de las mujeres, un trabajo no remunerado pero necesario en las sociedades actuales (Durán, 2004; Martínez, 2011, 2014).

Lewis (1992, 1997, 2010) y Daly y Lewis (2000) dieron un avance definitivo en el campo de estudio de los cuidados, específicamente en los que dieron por llamar el “social care”. Los cuidados son considerados sociales ya que tiene costes materiales, financieros y emocionales y, por tanto, deben de tenerse en cuenta a la hora de diseñar las políticas sociales. A partir de entonces el cuidado se convierte en un derecho de la ciudadanía que sobrepasa la perspectiva del cuidado informal, y se hace prioritario introducirlo en los análisis del estado de bienestar.

El término CLD ha evolucionado hasta la actualidad reconociéndose como trabajo no solo desde el ámbito privado sino también desde el ámbito público y su implicación en el bienestar de las personas. Desde esta perspectiva la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) define los CLD como “el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familia, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana”.

En la actualidad las actuaciones del SAAD se centran en favorecer la mayor calidad de vida posible a las personas en situación de dependencia, conjugando programas de servicios que promueven la autonomía personal y apoyan las situaciones de dependencia, tal y como recoge el Catálogo de la Dependencia. De esta manera, se promueve que las personas en situación de dependencia alcancen y mantengan un nivel de funcionamiento lo más óptimo posible, permitiéndoles vivir lo más independiente posible. Desde este contexto se hace imprescindible que los CDL sean contemplados por las políticas sociales y tomen una dimensión social de mayor atención. Como efecto de ello, en las dos últimas décadas se han intensificado los debates sobre la implementación de nuevos esquemas de CLD en Europa y la división de responsabilidades públicas y privadas, el papel del cuidado informal y la orientación hacia prestaciones y servicios (Arriba y Moreno, 2009).

Si bien el cuidado se había centrado históricamente en la provisión de servicios, en las dos últimas décadas las políticas europeas de CLD de numerosos países de nuestro

entorno como Francia, Alemania o Italia están incorporando nuevos programas con el establecimiento de sistemas integrales orientados al cuidado comunitario y transferencias económicas para la atención doméstica, favoreciendo la autonomía de la personas que precisan de cuidados.

Tras la entrada en vigor de la LAPAD se ha pasado de un modelo de bienestar familiarista a uno donde el Estado asume mayor responsabilidad y propicia que el peso de la atención no recaiga principalmente en las familias, reconociendo el derecho de las personas que lo precisan a recibir atenciones de CLD, con un carácter universal y garantista. Actualmente el modelo de cuidados en España es *Híbrido* (Martínez-López, 2017) donde tanto el Estado como las familias participan en la regulación del bienestar social de las personas en situación de dependencia. Sin embargo, el nivel de familismo sigue siendo muy alto como consecuencia de un sistema de servicios sociales débil y variante de acuerdo con los ciclos económicos.

La LAPAD supone la consolidación de los servicios sociales, favorece la visualización del sistema de cuidados donde la aportación de la familia, y sobre todo de la mujer adquiere configuración de empleo en el sector de atención a personas dependientes en España y la producción de empleo profesional a través de los servicios sociales desarrollados en la Ley. Sin embargo, la implantación de este sistema arrastra numerosas dificultades. La disponibilidad de las amas de casa a tiempo completo y la intensidad de los contactos familiares y los lazos entre las generaciones y las familias, ha permitido al Estado delegar la responsabilidad en la familia para garantizar la seguridad económica básica y el proveer a las necesidades de cuidado de grandes segmentos de ciudadanos sin protección (Da Roit et al., 2013, p. 167). La gestión del cuidado a través de los servicios, ya sean residenciales o de proximidad (centros de día, ayuda a domicilio, etc.) solamente se contempla cuando está descartado el cuidado en el ámbito familiar (Da Roit y Le Bihan, 2010).

3. DESARROLLO DEL SAD Y SU COBERTURA DE PROTECCIÓN A TRAVÉS DE LA LAPAD

La implementación de la LAPAD se desarrolla a través de varios niveles: Estado, Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.) y Administración Local. Las CC.AA. gestionan las prestaciones del Catálogo de la Dependencia de acuerdo con los artículos 7 y 10 de la LAPAD. Este hecho está evidenciando en la serie estadística histórica del SAAD una gran disparidad en la gestión del derecho según el territorio donde resida la persona en situación de dependencia. Desde este análisis desequilibrado a nivel regional en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en su Evaluación de resultados de 2012 sobre la aplicación de la LAPAD, concluye: “que una normativa clara y con criterios comunes en todas las CC.AA., supondrá mejorar la calidad de

atención que se ofrece a los beneficiarios del sistema, obtener iguales prestaciones y servicios en cualquier parte del territorio nacional, y simplificar la gestión, además del beneficio económico que se obtendría por una gestión más eficaz y objetiva” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p.8).

El SAD se contempla como una prestación de derecho para las personas que, reuniendo los requisitos que la LAPAD establece, lo soliciten y sea contemplado en su Programa Individualizado de Atención (en adelante PIA). La LAPAD define el SAD como “el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de la persona dependiente con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestado a través de entidades públicas o privadas concertadas. Prestará servicios de atención de las necesidades del hogar y cuidados personales”.

El objetivo del servicio es mejorar la calidad de vida de la persona en situación de dependencia que sigue en su medio habitual y favorecer la participación real y activa en su comunidad de la forma más autónoma posible, fortaleciendo sus vínculos familiares, vecinales y sociales. Ahora bien, las modificaciones legislativas implementadas por el gobierno español en la LAPAD, especialmente las introducidas en el Real Decreto Legislativo 20/2012, supusieron una reducción de servicios y prestaciones sobre la intensidad de horas y apoyo económico del SAD e igualmente acota las atenciones de necesidades domésticas, que sólo podrán prestarse conjuntamente con los servicios de atención personal.

Tabla 1. Evolución disminución horas de SAD

Orden 15 noviembre de 2007 (vigente hasta julio de 2012)				RDL 20/2012, 13 de julio	
Grado I	Nivel	1	12-20 h/mes	Grado I	Máximo 20 horas mes
		2	21-30 h/mes		
Grado II		1	30-40 h/mes	Grado II	Entre 21-45 horas mes
		2	40-55 h/mes		
Grado III		1	55-70 h/mes	Grado III	Entre 46-70 horas mes
		2	70-90h/mes		

Fuente: DOGV (10 de diciembre de 2007) y BOE (14 de julio de 2012) recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-9364>. Elaboración propia.

Sin embargo, los cambios normativos no han sido los únicos responsables para la infravaloración del SAD en el conjunto del Estado. La falta de una normativa reguladora del SAD en el momento de la implantación del SAAD ha sido y sigue siendo en algunas CC.AA., la primera dificultad para articular la prestación en las estructuras de sus servicios sociales. La única Comunidad Autónoma que en el año 2016 no había desarrollado el SAD era la Comunidad Valenciana (SAAD, 2016).

A partir de 2017 se implanta una primera fase piloto en cinco localidades de la Comunidad Valencia con población inferior a 50 000 habitantes, para que la prestación del SAD se gestionase a través de la Red de Servicios Públicos y Concertados. La Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas financia el SAD para personas en situación de dependencia en esos municipios, con el fin de implantar del SAD como servicio municipal. Este nuevo modelo de atención social está dirigido a ofrecer servicios desde la mayor proximidad a la ciudadanía, siendo el equipo social de atención primaria quien realiza el seguimiento y evaluación del mismo. De esta manera la citada Consellería dejaría de prestar el servicio mediante una prestación vinculada a través de empresas autorizadas, garantizando mayor agilidad en el procedimiento y una atención más personalizada.

Los datos comparados extraídos a 31 de julio de 2017 sobre la información estadística del SAAD publicados por el IMSERSO, se destaca que el total de personas beneficiarias con prestaciones del Sistema es de 909 973 y la atención a las personas dependientes se sigue realizando en su mayoría en el entorno de su domicilio. El SAD, aunque sigue suponiendo un porcentaje muy limitado con respecto al total de prestaciones, el 16 %, es decir 178 737, ha incrementado en relación al número de beneficiarios comparado con los datos de años anteriores, tanto en porcentaje como en números absolutos sobre el total de personas beneficiarias del SAD.

3.1. Desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana, a fecha 31 de Julio de 2017, el número total de personas beneficiarias con prestación o servicios del catalogo de la LAPAD es de 57 705, supone un 6,3 % del total de personas beneficiarias de servicios y prestaciones del SAAD a nivel nacional (SAAD, 2017).

La atención residencial supone el 16,8 % y las prestaciones económicas vinculadas a los servicios un 14,3 %, es decir 19 071 del total de prestaciones y/o servicios (61 335), mientras que las prestaciones para los cuidados y atenciones en el entorno del domicilio suponen el 69,0 %, es decir, 42 264 de las prestaciones, destacando el alto porcentaje de la Prestación Económica al Cuidador Familiar (en adelante, PECF) que supone un 50,9 % de las prestaciones de cuidados en el domicilio, seguidos de centros de día/

noche (10,6 %) y servicio de Teleasistencia Domiciliaria (6,5 %), siendo el porcentaje de la prestación del SAD en el entorno domiciliario del 0 %.

En la Comunidad Valenciana la PECF está sobredimensionada sobre el resto de prestaciones y servicios del SAAD. Se incumple así el mandato de la LAPAD por el que los servicios serán prioritarios a las prestaciones.

Desde este contexto, en la Comunidad Valenciana destaca un "modelo de cuidados familista doméstico". Los CLD siguen prestándose fundamentalmente por mujeres del entorno familiar a través de transferencias monetarias públicas, sin apoyo de servicios profesionalizados (Martínez-López et al., 2017).

El SAD se articula a través de las Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio (en adelante, PEVSAD), que se conceden y priorizan cuando no es posible acceder a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado de dependencia del solicitante y su capacidad económica, de acuerdo con el artículo 17 de la LAPAD. La persona en situación de dependencia debe suscribir un contrato con una empresa privada y acreditar que recibe al menos el número de horas mínimo establecido en el PIA.

La Comunidad Valenciana no ha impulsado ni reglamentado el SAD como servicio básico de atención domiciliario, motivo por el que se ha optado por un modelo externalizado, en el que el servicio mantiene la titularidad pública pero la gestión y prestación del mismo es realizada por empresas privadas, que necesariamente deben de estar acreditadas en el Registro de la Administración Autonómica, de acuerdo con el artículo 16.3 de la Ley LAPAD y el artículo 7.4 de la Orden 5 de diciembre de 2007, de la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.

Desde este modelo no se garantiza el control sobre la calidad de las atenciones, ya que realmente la administración se limita al control y supervisión del destino que se está haciendo de las prestaciones para que vayan dirigidas a la finalidad para que fueron concedidas.

3.2. La gestión del SAD en el municipio de Elda

El municipio de Elda, desde la entrada en vigor de la LAPAD, ha atendido un total de 2774 solicitudes iniciales de reconocimiento de valoración de dependencia, de las que a fecha 31 de Julio de 2017 (SAAD, 2008-2017), 632 solicitantes tienen reconocido alguno de los servicios y prestaciones del catálogo de prestaciones y servicios, siendo beneficiarios de la PEVSAD un total de 26 personas.

Tabla 2. Expedientes con resolución PIA en Elda a 31/07/2017

TIPO PRESTACIÓN/SERVICIO	TOTAL	%
Prestación económica al cuidador	397	62,8
Centro Día discapacitados psíquicos	12	1,9
Centro Ocupacional discapacitados psíquicos	31	4,9
Centros Residenciales Personas Mayores Dependientes	78	12,4
Centro de Día Personas Mayores Dependientes	36	5,7
Residencia discapacitados psíquicos	23	3,6
Residencia Enfermos Mentales	13	2,0
Centro de Día Enfermos Mentales	7	1,1
Viviendas tuteladas	4	0,6
Prestación Econ. Vinculada al SAD	26	4,1
Prest. Econ. Vinculada a Centros Residencial	4	0,6
Prest. Econ. Vinculada a Centro de Día	1	0,2

Fuente: Instituto Municipal de Servicios Sociales de Elda (31 de julio 2017). Elaboración propia.

Los CLD en el entorno del domicilio suponen un 81,3 %, es decir 514 personas del total. Mayoritariamente son prestados a través de la PECF (62,8 %), seguido de centro de día (8,8 %), centro ocupacional (4,9 %) y de viviendas tuteladas (0,6 %). La PEVSAD supone el 4,1 % del total de las prestaciones y servicios de atención en el entorno domiciliario.

Las primeras resoluciones de PEVSAD en Elda se reconocen en el año 2010, un total de 8, número que se mantiene hasta el año 2013 que disminuye a 5 personas beneficiarias de este servicio. En el año 2014 vuelve a subir progresivamente hasta el año 2017 con un total de 26 personas beneficiarias. Por tanto, hablamos de una prestación que ha tenido un carácter residual a lo largo del proceso de implantación de la Ley.

4. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo de la presente investigación es identificar las características de la población beneficiaria de la prestación vinculada al Servicio de Ayuda a Domicilio en el municipio de Elda. A través del mismo podremos conocer las características socio-familiares de la población objeto, sus necesidades relacionadas con su autonomía personal, así como el alcance y cobertura de las tareas prestadas desde el SAD.

La investigación se ha realizado desde una vertiente cuantitativa, la cual permite recoger, registrar, analizar y describir las características de los datos extraídos, según las variables establecidas que se han considerado para cada una de las dimensiones: el perfil socio familiar de las personas beneficiarias de PEVSAD, las necesidades relacionadas con su autonomía personal y la cobertura de cuidados de la PEVSAD.

Se establecieron unidades de análisis para cada dimensión. Respecto al perfil socio-familiar: sexo, edad, estado civil, convivencia, nivel educativo y entorno/vivienda habitual. En relación con las necesidades relacionadas con la autonomía personal: grado de dependencia, caracterización general de apoyos que recibe, caracterización general de la persona cuidadora, valoración de la dependencia. Finalmente, en relación con la cobertura de los cuidados del PEVSAD se consideró: el número de horas de atención mensual, la intensidad de cuidados y el tipo de cuidados prestados.

La muestra del estudio estuvo compuesta por el conjunto del universo a fecha de 31 de Julio de 2017 y que asciende a 26 personas de los 632 que tienen reconocido el derecho a los servicios o prestaciones recogidos en el catálogo de prestaciones y servicios de la LAPAD. La aproximación a los datos se ha realizado a través de la explotación de los datos de los expedientes de las personas beneficiarias de la PEVSAD utilizando el programa Excel 2013.

5. RESULTADOS

El análisis descriptivo del universo, pese a ser este muy reducido, ha permitido conocer las características de la población en base a las variables e indicadores establecidos.

5.1. Perfil personas beneficiarias PEVSAD

Uno de los datos más esclarecedores es que el perfil mayoritario de la población objeto de esta investigación es de una población mayor de 81 años, lo que corrobora las tendencias demográficas actuales. Destaca la prevalencia de la población femenina sobre la masculina, que confirma la mayor esperanza de vida de este grupo de población y mayor autonomía, así como que casi la mitad de las mujeres viven solas en sus domicilios.

Atendiendo al estado civil y el sexo, el 75,0 % de los hombres conviven con su cónyuge, frente al 33 % de las mujeres. El 67,0 % restante de estas son viudas, solteras o divorciadas. El 44,0 % de mujeres viven solas en el domicilio y en cambio, ningún hombre de la población de estudio vive solo.

Si profundizamos en el nivel cultural podemos observar que un 38% de beneficiarios/as no saben leer ni escribir y el 31 % sabe leer y escribir pero no tienen estudios. Por sexo, la gran mayoría de las mujeres (83 %) o no saben leer o lo saben hacer pero no tienen estudios, aspecto que evidencia la desigualdad social en el acceso al sistema educativo de las personas mayores cuando eran jóvenes.

En general, las condiciones de habitabilidad de la vivienda son adecuadas, requisito imprescindible para el mantenimiento en el domicilio y para poder recibir las prestaciones y servicios del SAAD, de hecho, más de la mitad de los/as beneficiarios/as han optado por disponer del dispositivo de teleasistencia domiciliaria que favorece su autonomía en el domicilio.

A pesar de ser un colectivo envejecido y estar reconocidos como personas en situación de dependencia sólo el 19,0 % de ellos dispone de cuarto de baño adaptado y un 46% vive en edificios que carecen de ascensor. Sin embargo, todos los/as beneficiarios/as residen en una vivienda próxima a los servicios comunitarios.

5.2. Necesidades relacionadas con la autonomía personal

Las necesidades de CLD en el domicilio, relacionadas con la autonomía personal de los/as beneficiarios/as de la PEVSAD en Elda, afecta más a las mujeres que a los hombres y en su mayoría pertenece al grupo de personas en situación de dependencia grave o moderado (88,5 %), no requiriendo de apoyo permanente del/de la cuidador/a para realizar todas las actividades de la vida diaria.

La mayor parte de los/as beneficiarios/as reciben cuidados a través del sistema informal de la familia, que en un 73,1 % son asumidos por mujeres (hijas o esposas), mayores de 60 años y con una limitada inserción en el mercado laboral, por lo que se sigue reflejando la implicación de las mujeres que asumen los cuidados como algo dado y que caracterizaba el sistema de CLD en España hasta la entrada en vigor de la LAPAD.

La intensidad de cuidados prestados a diario es de una media de tiempo de 4,5 horas, donde tienen prevalencia los cuidados relativos a la ayuda en la higiene y aseo (90,4 %), seguido de los cuidados del hogar (80,7 %), ayuda en los desplazamientos (73,0 %) y ayuda para la comunicación con el entorno, resolución de situaciones conflictivas, administración de bienes y patrimonio (54,0 %).

Según los datos reflejados en el Baremo de Valoración de la Dependencia (en adelante, BVD), sólo el 30,9 % de los beneficiarios precisan de supervisión de terceras personas para realizar las atenciones, ya que el resto de la población necesita apoyo físico parcial o sustitución máxima, con una frecuencia diaria de al menos cuatro veces al día.

En relación a las ABVD: 18 personas requieren ayuda para realizar alguna de las tareas de la actividad de lavarse, 16 para realizar alguna de las tareas de vestirse, 12 para realizar alguna de las tareas de la higiene personal relacionada con la micción y la defecación, y en menor medida, 8 personas para desplazarse dentro del hogar, 5 para comer y beber y 4 para cambiar/mantener la posición del cuerpo.

En relación a las AIVD: 25 personas requieren de ayuda para realizar tareas domésticas, 23 para desplazarse fuera de casa, 19 para realizar otros cuidados personales, 18 para el mantenimiento de la salud y 10 para tomar decisiones.

El 48,6 % de los beneficiarios tiene problemas de desempeño que obedecen a causas físicas, el 47,1 % obedece a causas mentales y tan sólo un 4,3 % obedece a una causa mental y física.

5.3. Alcance y cobertura de las tareas prestadas desde la PEVSAD

Desde la PEVSAD, prevalecen las tareas relacionadas con AIVD sobre las ABVD y las necesidades atendidas cubren un promedio de tiempo dedicado a los cuidados de 28 horas mensuales, que supone una frecuencia media de una hora diaria.

6. CONCLUSIONES

Desde este análisis resulta evidente que la PEVSAD sigue requiriendo del concurso de la familia en los cuidados desde una perspectiva integral. Además, se evidencia que este servicio constituye un complemento al cuidado informal, apoyo mayoritario que reciben las personas en situación de dependencia.

Si bien el reparto de bienestar entre familia y Estado continúa penalizando a las mujeres y las reformas introducidas para regular el cuidado no tienen la dimensión que se preciaría para ajustarlas a las nuevas necesidades de CLD. La PEVSAD cumple el objetivo que promueve la LAPAD, fortalece los cuidados familiares y favorece la autonomía de los grados más bajos de dependencia y la cobertura de atención de los más altos.

Sin embargo, se hace preciso el impulso y desarrollo de servicios públicos de proximidad compatibles con el SAD dentro del Catálogo de la Dependencia, para garantizar y ofrecer servicios de calidad con mayor proximidad a la ciudadanía, impulsando y favoreciendo el seguimiento y evaluación de los servicios sociales municipales de base de atención a la dependencia para garantizar una atención personalizada, flexible y de continuidad en el apoyo domiciliario.

Este estudio presenta limitaciones y oportunidades. La limitación más importante es el escaso impulso que está teniendo este servicio en la Comunidad Valenciana, lo que dificulta su análisis. A su vez, esta circunstancia supone una oportunidad para conocer la gestión de esta política social así como las posibilidades que podría tener el apoyo domiciliario a las personas en situación de dependencia desde un análisis territorial más amplio.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Arriba, A., y Moreno, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los Regímenes de Bienestar Europeos contemporáneos*. Colección Estudios. Serie Dependencia. EST núm. 12007. Extraído el 30 de octubre, 2017, de <http://www.camfleganes.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>
- Da Roit, B., González-Ferrer, A., y Moreno, F. J. (2013). The new risk of dependency in old age and (missed) employment opportunities: the Southern Europe model in a comparative perspective. En J. Troisi, y H. J. V. Kondratowitz (Eds.), *Ageing in the Mediterranean* (pp. 151-172). Bristol: Policy Press.
- Da Roit, B., y Le Bihan, B. (2010). Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries long-term care policies. *The Milbank Quarterly*, 88 (3), 286-309. doi: 10.1111/j.1468-0009.2010.00601.x
- Daly, M., y Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Durán, M.A. (2004). Las demanda sanitarias de las familias. *Gac Sanit*, Vol. 18, núm.4, 195-200.
- Esping-Andersen, G. (2008). Un nuevo contrato de género. En M. Pazos (Ed.), *Economía e igualdad de género: retos de la Hacienda Pública en el siglo XXI* (pp. 31-43). Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 7 de septiembre, 2017, de <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *Cifras oficiales de población resultante de la revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2017*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Extraído el 27 de septiembre, 2017, de <http://www.ine.es>.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Extraído el 7 de septiembre, 2017, de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2017). *Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31 de julio de 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído el 7 de septiembre, 2017, de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20170731_comp.pdf

- Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 4, 160-177.
- Lewis, J. (1997). Gender and Welfare Regimes: further thought. *Social Politics*, 4(2) 160-177.
- Lewis, J. (2010). *Work-family balance, gender and policy*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 diciembre de 2006, pp. 44142-44156. Madrid, España.
- Martínez, R. (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, Vol. 29, núm. 1, 93-123.
- Martínez, R. (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 145, 99-126. doi:10.54777/cis/reis.145.99
- Martínez-López, J. A. (2017). El Modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios y ajustes presupuestarios. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 137-168.
- Martínez-López, J. A., Frutos, L. y Solano, J. C. (2017). Los usos de las prestaciones económicas de la dependencia en el municipio de Murcia. *Revista Española de Sociología*, 26(3), 97-113.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Extraído el 12 de octubre, 2017, de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/ield_2012.pdf.
- OMS. (2000). *Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores*. Extraído el 23 de febrero, 2018, de <http://www.zaintzea.org/wp-content/uploads/2017/09/Hacia-un-consenso-internacional-sobre-los-Programas-de-Cuidados-de-Larga-duracio%CC%81n-para-las-Personas-mayores.pdf>
- Orden 5 de diciembre de 2007, de la Consellería de Bienestar Social por la que se regula los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana. DOGV núm. 5656 de 10 de diciembre de 2007), pp. 44916-44932. Valencia, España.
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE núm. 96, de 21 de abril de 2007, pp. 17646-17685. Madrid, España.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de

diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 42, de 18 de febrero de 2011, pp. 18567-18691. Madrid, España.

Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, en el que se incluyen modificaciones sustanciales a la Ley 39/2006. BOE núm. 168, de 14 de julio, pp. 50428 a 50518. Madrid, España.

Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. (2017). *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Extraído el 7 de enero, 2018, de http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/documentacion/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm

Torns, T. (2005). De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23(1), 15-33.

ANEXO I: Evolución prestaciones reconocidas en España y la Comunidad Valenciana durante el periodo 2010-2017

		SAD	PREVENCIÓN Y AUTONOMÍA	TELEASISTENCIA	CENTRO DI/NOCHE	ATENCIÓN RESIDENCIAL	PEV SERVICIO	PE CUIDADO FAMILIAR	PEA PERSONAL	TOTAL
2010	ESPAÑA	90.192 (11,6%)	11.147 (1,4%)	84.016 (10,8%)	44.610 (5,7%)	119.253 (15,3%)	52.402 (6,7%)	377.787 (48,4%)	735 (0,1%)	780.862 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	1 (0%)	4.943 (11,8%)	2.233 (5,4%)	13.329 (31,9%)	2.857 (6,9%)	18.372 (44,0%)	0 (0%)	41.725 (100%)
2011	ESPAÑA	119.912 (12,9%)	16.415 (1,8%)	124.114 (13,6%)	58.030 (6,3%)	122.040 (13,3%)	59.836 (6,5)	417.782 (45,5%)	874 (0,1)	917.604 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	1 (0%)	6.732 (13,5%)	2.842 (5,7%)	12.674 (25,5%)	3.120 (6,4%)	24.293 (48,9%)	0 (0%)	49.662 (100%)
2012	ESPAÑA	125.828 (13,0%)	20.891 (2,2%)	129.327 (13,4%)	65.976 (6,9%)	125.792 (13,1%)	64.532 (6,8%)	426.810 (44,5%)	1.280 (0,1%)	959.903 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	342 (0,7%)	8.619 (16,8%)	3.352 (6,5%)	11.933 (23,3%)	4.180 (8,2%)	22.821 (44,5%)	3 (0%)	51.250 (100%)
2013	ESPAÑA	120.962 (12,8%)	20.994 (2,2%)	120.457 (12,7%)	70.343 (7,5%)	130.424 (13,8%)	72.029 (7,6%)	408.401 (43,2%)	1.441 (0,2)	945.051 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	321 (0,7%)	9.438 (19,8%)	4.618 (9,7%)	10.269 (21,5%)	3.506 (7,4%)	19.526 (40,9%)	3 (0%)	47.681 (100%)
2014	ESPAÑA	132.597 (14,3%)	23.310 (2,5%)	115.570 (12,4%)	73.293 (7,9%)	135.346 (14,5%)	73.636 (7,9%)	374.348 (40,3%)	1.883 (0,2)	929.983 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	268 (0,5%)	8.263 (17,0%)	5.180 (10,5%)	9.743 (20,2%)	3.679 (7,6%)	21.518 (44,2%)	4 (0%)	48.655 (100%)

Evolución prestaciones reconocidas en España y la Comunidad Valenciana durante el periodo 2010-2017 (continuación)

		SAD	PREVENCIÓN Y AUTONOMÍA	TELEASISTENCIA	CENTRO DÍA/NOCHE	ATENCIÓN RESIDENCIAL	PEV SERVICIO	PE CUIDADO FAMILIAR	PEA PERSONAL	TOTAL
2015	ESPAÑA	147.748 (14,9%)	29.461 (2,9%)	140.252 (14,0%)	84.462 (8,5%)	148.382 (14,9%)	83.734 (8,4%)	360.505 (36,1%)	3.440 (0,3%)	997.984 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	249 (0,5%)	5.931 (12,2%)	6.104 (12,5%)	10.682 (21,8%)	4.649 (9,5%)	21.211 (43,5%)	4 (0%)	48.830 (100%)
2016	ESPAÑA	170.693 (16,0%)	38.854 (3,6%)	164.136 (15,4%)	85.730 (8,0%)	151.719 (14,2%)	90.847 (8,5%)	361.209 (33,8%)	5.779 (0,5%)	1.068.967 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	0 (0%)	501 (0,9%)	4.437 (8,0%)	6.343 (11,4%)	10.507 (18,9%)	6.070 (10,9%)	27.800 (49,9%)	4 (0%)	55.662 (100%)
2017	ESPAÑA	94.725 (16,5%)	46.078 (3,9%)	186.276 (15,8%)	90.959 (7,7%)	157.174 (13,3%)	110.669 (9,5%)	385.476 (32,7%)	6.654 (0,6%)	1.178.011 (100%)
	COMUNIDAD VALENCIANA	29 (0,0%)	558 (0,9%)	3.726 (5,8%)	6.560 (10,1%)	10.586 (16,4%)	10.001 (15,4%)	33.374 (51,4%)	6 (0,0%)	64.874 (100%)

Fuente: SAAD 2010-2017. Elaboración propia.